

中药四联疗法分期辨证优化治疗急性胰腺炎

杨国红^{*}, 王晓, 李春颖

(河南中医学院第一附属医院, 郑州 450000)

[摘要] **目的:** 验证中医药四联疗法分期辨证优化方案治疗急性胰腺炎临床疗效。**方法:** 将急性胰腺炎分为急性发作期、急性恢复期、轻症胰腺炎、重症胰腺炎; 急性发作期中医辨证分为肝胆湿热、胃肠实热、正虚邪陷三型; 急性恢复期分为肝郁脾虚、气滞血瘀二型。运用中医药四联疗法: 中药灌胃、灌肠、封包、静点, 进行分期、分级、分型辨证施治。**结果:** 腹痛消失时间(5.1 ± 1.05)d, 腹胀消失时间(4.01 ± 1.35)d, 肠鸣音恢复时间(1.97 ± 0.21)d, 平均住院时间(16.65 ± 1.86)d, 血淀粉酶正常时间(3.02 ± 0.52)d, 血脂肪酶正常时间(4.64 ± 0.61)d, C 反应蛋白(CRP)恢复正常时间(6.15 ± 0.63)d, 白细胞(WBC)恢复正常时间(4.24 ± 0.36)d, 治疗期间并发 1 例心功能不全。**结论:** 优化方案提高了临床疗效、减少了并发症、缩短了住院时间、降低了药物费用。

[关键词] 急性胰腺炎; 中医药四联疗法; 辨证分期; 临床疗效

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2013)14-0301-04

[doi] 10.11653/syjf2013140301

Clinical Effects of Traditional Chinese Medicine Quadruple Therapy on Acute Pancreatitis Based on Syndrome Differentiation

YANG Guo-hong^{*}, WANG Xiao, LI Chun-ying

(Henan College of Traditional Chinese Medicine First Affiliated Hospital, Zhengzhou 450000, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the clinical efficiency of the combined traditional Chinese medicine (TCM) therapy method in treatment of acute pancreatitis based on the differentiation of syndrome. **Method:** The acute pancreatitis were divided into acute exacerbation, acute convalescence, mild acute pancreatitis and severe acute pancreatitis. The differentiation of syndrome of TCM was divided into the acute exacerbation into wetness-heat of liver and gallbladder syndrome type, stomach-intestine excessive heat type and vital Qi desertion due to interior invaded by pathogen type. The acute convalescence was divided into liver depression and spleen deficiency type and Qi depression to blood stasis type. The TCM quadric-combination therapy was used in the ways of gavages, enema, packet, intravenous drip. This therapy was divided into different levels, different stages and different types according to differentiation of syndrome. **Result:** The time of disappearance of abdominal pain (5.1 ± 1.05) d, the time of disappearance of abdominal distension (4.01 ± 1.35) d, the gurgling sound resume time (1.97 ± 0.21) d, the average hospitalization time (16.65 ± 1.86) d, the recovery time of normal blood amylase (3.02 ± 0.52) d, the recovery time of normal lipase: (4.64 ± 0.61) d, the recovery time of normal C-reaction protein (CRP) (6.15 ± 0.63) d, the recovery time of normal white blood cell (WBC) (4.24 ± 0.36) d. There is one complication of cardiac insufficiency happened during the therapy. **Conclusion:** The optimum proposal can improve clinical effects, decrease complications, shorten the hospitalization and reduce the expenses of medicines.

[Key words] acute pancreatitis; four kinds of traditional Chinese medicine combination therapy method; differentiation of syndrome; clinical therapeutic effect

[收稿日期] 20120918(016)

[通讯作者] ^{*} 杨国红, 主任医师, 教授, 从事中医药防治消化系统疾病研究, E-mail: yangguohong123@126.com

急性胰腺炎 (acute pancreatitis, AP) 是内科常见的急危重症,其发病迅速、疾病进展快、并发症多、预后凶险。河南中医学院第一附属医院既往采用中药灌胃、灌肠、外敷及静脉滴注 4 种联合疗法治疗 AP 取得了较好的临床疗效^[1-2]。为进一步研究中医中药治疗 AP 的疗效机制,通过方案优化,形成了急性胰腺炎中医药四联疗法分期辨证方案,通过 1 年半的临床观察,取得良好疗效。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2011 年 1 月至 2012 年 6 月河南中医学院第一附属医院共收治 83 例 AP 患者,均为发病后 48 h 内住院,90% 的病人为发病后 24 h 内住院。采用随机数字表方法将病人分为优化组和对照组,其中优化组 42 例,男 30 例,女 12 例,年龄(40.5 ± 5.1)岁,轻症 30 例,重症 12 例,其中肝胆湿热证 17 例,胃肠热结证 24 例,正虚邪陷证 1 例;对照组 41 例,男 28 例,女 13 例,年龄(41.2 ± 4.5)岁,轻症 31 例,重症 10 例,其中肝胆湿热证 15 例,胃肠热结证 25 例,正虚邪陷证 1 例。两组患者男女比例、年龄、疾病程度、证候等经统计学处理均无显著性差异。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断 所有患者均符合中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组于 2004 年制订的中国急性胰腺炎诊治指南(草案)标准及分级标准^[2],临床上表现为急性、持续性腹痛(偶无腹痛),血清淀粉酶活性增高 ≥ 正常值上限 3 倍,影像学 CT 提示胰腺有形态学改变。轻症不伴器官功能障碍和局部并发症,Ranson 评分 < 3 分,或 APACHE-II 评分 < 8,或 CT 分级为 A, B, C 级。重症具备 AP 的临床表现和生化改变,且具下列之一者:局部并发症(胰腺坏死,假性囊肿,胰腺脓肿);器官衰竭;Ranson 评分 ≥ 3;APACHE-II 评分 ≥ 8;CT 分级为 D, E 级。

1.2.2 中医证候标准 参照中华中医药学会发布的《中医内科常见病诊疗指南西医疾病部分》拟订^[3]。①肝胆湿热证:上腹胀痛拒按、胁痛或发热、大便秘结、小便短赤、目黄身黄、舌质红、苔薄黄或黄腻、脉弦数;②胃肠热结证:全腹痛、胀满拒按、大便秘结、口干渴、尿短赤、舌质红、苔黄腻、脉沉实或滑数;③正虚邪陷证:脘胁剧痛、高热黄疸或伴恶心呕吐、大便秘结、小便黄赤、皮肤瘀斑、神昏谵语、四肢逆冷、苔黄糙干甚至灰黑、脉沉细或微欲绝。

1.2.3 排除标准 ①胃肠穿孔、器质性肠梗阻等急腹症;②孕期及月经期妇女;③合并心、肺、肝、肾和

造血系统等严重原发性疾病患者。

1.2.4 纳入标准 符合以上中西医诊断标准者;年龄在 18 ~ 90 岁者。

1.3 观察指标 腹痛消失时间、腹胀消失时间、肠鸣音恢复时间、治疗前后血清淀粉酶、脂肪酶、C 反应蛋白(CRP)、白细胞、CT 严重指数评分、平均住院时间、主要并发症发生率、药物费用。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 采用西药常规治疗联合中药四联疗法(不辨证),包括①监护;②禁食、胃肠减压;③液体补充、纠正水电解质紊乱;④质子泵抑制剂奥美拉唑 40 mg,静脉滴注,1 次/12 h;⑤加贝脂 0.3 mg 加液静脉点滴;⑥符合重症者应用生长抑素 14 肽 250 mg,5 min 内静注,然后 250 mg·h⁻¹,静脉泵入;静脉应用抗生素预防治疗感染;⑦对症治疗;纠正低氧血症;保护肾功能等。中医药四联疗法,即中药灌胃(大黄、芒硝、枳实、厚朴、柴胡、黄芩、赤芍等)、灌肠(大黄、牡丹皮、枳实、厚朴、芒硝)、外敷(黄连、乳香、没药等)、静脉滴注(丹参注射液 20 ~ 40 mL、热毒内盛者用血必净注射液 50 ~ 100 mL,)等方法。灌胃每 4 ~ 6 h 灌中药 100 ~ 200 mL,灌胃后夹管 1 h 后放开;灌肠每 4 ~ 6 h 高位(距肛门 20 cm)保留滴注,外敷中药于胰腺体表投影处,每次 6 h,每天 1 次,疗程 1 周。

1.4.2 优化组 根据胰腺炎病程将急性胰腺炎分为急性发作期、急性恢复期;急性发作期中医辨证分为肝胆湿热型、胃肠实热型、正虚邪陷型;常规西药治疗同对照组,中药依据发作期证候的不同,选用不同方药,并结合中药灌胃、灌肠、封包方法等方法。

肝胆湿热证方药采用柴胡、白芍、木香、茵陈、栀子、龙胆草、生大黄(后下)、枳实、黄芩、制半夏、芒硝(冲服)、延胡索、川楝子。

胃肠热结证采用大黄、芒硝(冲服)、枳实、厚朴、赤芍、大腹皮、山楂、黄连、黄芩、黄柏、栀子。

正虚邪陷证采用人参、附子、当归、桃仁、赤芍、延胡索、香附、川芎、红花、干姜、甘草、五灵脂。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 13.0 软件,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用成组设计的两样本均数比较的 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组腹痛缓解时间、肠鸣音恢复时间(d)比较 优化组患者腹痛缓解时间及肠鸣音恢复时间与对照组比较,均明显缩短,差异具有统计学意义($P <$

0.05),见表1。

表1 两组腹痛缓解时间、肠鸣音恢复时间比较($\bar{x} \pm s$) d

组别	例数	腹痛消失时间	腹胀消失时间	肠鸣音恢复时间
优化	42	5.1 ± 0.65 ¹⁾	4.01 ± 0.35 ¹⁾	1.97 ± 0.21 ¹⁾
对照	41	7.16 ± 0.84	6.23 ± 0.72	2.78 ± 0.32

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ (表2~3同)。

2.2 血清淀粉酶、脂肪酶恢复正常时间(d)比较

入院时100%患者血淀粉酶、脂肪酶明显增高,其恢复正常时间资料呈正态分布且方差齐,采用 t 检验。治疗组血淀粉酶、脂肪酶恢复正常时间均短于对照组,但两组差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2 两组血淀粉酶、脂肪酶恢复正常时间比较($\bar{x} \pm s$) d

组别	例数	血淀粉酶	血脂肪酶
优化	42	3.02 ± 0.52 ¹⁾	4.64 ± 0.61 ¹⁾
对照	41	4.86 ± 1.03	6.64 ± 0.81

2.3 C反应蛋白及白细胞恢复正常时间比较

入院时100%患者血C反应蛋白异常及白细胞增高,经治疗两组CRP及白细胞均下降恢复,其两组恢复正常时间比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表3。

表3 两组CRP,WBC恢复正常时间比较($\bar{x} \pm s$) d

组别	n	CRP	WBC
优化	42	6.15 ± 0.63 ¹⁾	4.24 ± 0.36 ¹⁾
对照	41	7.26 ± 0.84	5.69 ± 0.62

2.4 两组治疗前后CT严重指数评分比较

两组病人治疗后CT严重评分指数均较治疗前明显下降($P < 0.05$),但优化组与对照组相比,差异无统计学意义,见表4。

表4 两组治疗前后CT严重指数评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
优化	42	7.80 ± 1.12	3.12 ± 0.46 ¹⁾
对照	41	7.56 ± 1.05	3.60 ± 0.52 ¹⁾

注:与治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.5 两组平均住院时间、并发症发生率

平均住院时间优化组为(16.65 ± 1.86)d,对照组为(23.14 ± 3.21)d,两组比较差异显著($P < 0.05$)。在治疗过程中对照组并发胰腺假性囊肿1例,2例并发电解质紊乱,1例并发休克,并发症发生率9.76%。优化组仅发生1例心功能不全,并发症发生率为2.38%,显著低于对照组($P < 0.01$)。

3 讨论

近年来中医药在治疗AP方面的报道越来越

越多,众多的专家学者不断探索研究出新的治法、方药及新剂型、多种给药途径,中医药多途径给药,综合治疗在治疗AP中发挥了越来越重要的作用^[5]。

AP是一种多因素引起且累及多环节的疾病^[6],属于中医学“胃脘痛”、“腹痛”、“结胸”等病范畴,病位在胰腺,与脾胃肝胆关系密切,不同病因,不同病期有不同的治疗要求^[6],热毒血瘀互结是其病理特点,治疗用药仅以胃肠实热通腑攻下治之^[8-9]。笔者也曾经对急性胰腺炎在西药常规治疗的基础上结合中药四联疗法与单纯西药治疗进行对照观察,发现前者较后者无论在症状缓解消失时间、各项检测指标均显示出明显的疗效^[1,10]。但随着胆道结石、高血脂疾病发病越来越多,胆源性胰腺炎、高脂性胰腺炎的发病也逐渐增加。因此,单一证型已无法满足临床需要,所以将治疗方案进一步优化,因因而治、因证施治、动态变化,以冀更好发挥中医中药优势,提高临床疗效。因此,将分期辨证治疗与传统的清热通腑治法作一对照,来进一步探讨中医药治疗AP的疗效及机制。

肠胃为市,无物不受,其病理表现,可因水反为湿,谷反为滞,其滞郁热,气病及血而导致“湿阻”、“食滞”、“痰结”、“血瘀”、“热毒”等病理产物,其病理产物作为第二病因壅滞于肠腑,与肠腑浊气相互搏结而生本病,也可因肝胆湿热、凝练瘀石,阻遏腑气所致。治疗贵在早期治以通腹泻热,或清肝利胆,以行气活瘀,解毒散结。方法采用中药煎剂灌胃、灌肠,结合静脉点滴、外敷中药。本研究在既往研究的基础上经辨证优化治疗在AP症状缓解、淀粉酶及脂肪酶恢复正常时间、CRP及WBC恢复正常时间、CT指数评分、平均住院时间、并发症发生率等方面更显示出中医中药治疗AP因证施治的优越性。

由急性胰腺炎引起的腹胀和肠麻痹可导致肠黏膜损害,细菌过量繁殖、大量内毒素产生,发生肠道细菌移位,激发全身炎症反应综合征和多脏器功能衰竭^[11]。有研究认为^[12],AP的治疗应早期足量应用中药,有增强肠蠕动,清除肠内毒素,抑制肠道内毒素吸收,有明显抗炎作用,并有改善微循环,降低胰胆管压力作用,对胰蛋白酶、胰淀粉酶及胰脂肪酶活性具有全面抑制作用。

中医辨证论治是因证而治,而证候不是一层不变的,在整个疾病治疗的过程中,正邪消长贯穿始终,因此急性发作期的治疗与急性恢复期的治疗应有所不同,这样才能真正体现中医辨证论治的精髓和真谛。

盐酸川芎嗪注射液联合足浴治疗糖尿病足

王植福*

(浙江省江山市须江医院,浙江 江山 324100)

[摘要] **目的:**观察川芎嗪注射液联合足浴治疗糖尿病足的临床效果。**方法:**将在浙江省江山市须江医院就诊的 90 例糖尿病足患者随机分为 A(对照组)、B(川芎嗪治疗组)、C(川芎嗪及中药足浴联合治疗组)3 组,每组 30 例,3 组均给予西医常规治疗。B 治疗组在此基础上予以注射用盐酸川芎嗪治疗,疗程 4 周,C 治疗组在 B 组的基础上依照辨证施治的原则予以针对性的中药足浴治疗。对 3 组患者的治疗效果、神经的运动传导速度(MCV)和感觉传导速度(SCV)改善情况进行比较。**结果:**治疗 28 d 后,B 组、C 组患者治疗的总有效率均较 A 组有明显提高且差异存在着统计学意义($P < 0.05$),C 组患者治疗的总有效率较 B 组有明显提高且差异存在着统计学意义($P < 0.05$);治疗 28 d 后,B 组、C 组患者的 SCV 均较 A 组有明显提高且差异存在着统计学意义($P < 0.05$),C 组患者的 SCV 较 B 组有明显提高且差异存在着统计学意义($P < 0.05$)。**结论:**在常规西医治疗基础之上,加用川芎嗪联合中药足浴治疗糖尿病足可以明显提高治疗有效率,并且可明显提高 MCV 和 SCV,促进病变神经功能的恢复,值得临床推广。

[关键词] 川芎嗪注射液; 中药足浴; 糖尿病足; 神经传导速度

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2013)14-0304-03

[doi] 10.11653/syjf2013140304

Effective Observation of Tetramethylpyrazine Combined with Foot Bath Treated on Diabetic Foot

WANG Zhi-fu*

(Xujiang Hospital of Jiangshan City, Zhejiang Province, Jiangshan 324100, China)

[收稿日期] 20121009(003)

[通讯作者] *王植福,主治医师,从事临床内科研究,Tel:13819187444,E-mail:wangzhifu1000@163.com

经胰腺炎中医药四联疗法分期辨证方案在临床应用中证实在,该方案较以往单一证型治疗具有诸多优势:提高了疗效、减少了并发症、降低了费用,缩短了疗程,减少了住院日,取得了显著的社会效益及经济效益。

[参考文献]

[1] 杨国红,王晓,李春颖,等. 中药四联疗法治疗早期重症急性胰腺炎 122 例[J]. 辽宁中医杂志,2011,38(12):2396.

[2] 王晓,杨国红,张照兰,等. 血必净注射液治疗重症急性胰腺炎 25 例临床观察[J]. 中国中西医结合急救杂志,2011,18(6):350.

[3] 中华医学会消化病分会胰腺疾病学组. 中国急性胰腺炎诊治指南(草案)[J]. 中华内科杂志,2004,43(3):236.

[4] 中华中医药学. 中医内科常见病诊疗指南. 西医疾病部分[S]. 北京:中国中医药出版社,2008:117.

[5] 李海林,王建军,高岩,等. 中药保守治疗重症胰腺炎

22 例[J]. 中国实验方剂学杂志,2011,17(9):297.

[6] 李文茂,李方明,刘祖明,等. 改良清胰汤中西医结合治疗急性胰腺炎[J]. 中国实验方剂学杂志,2011,17(18):264.

[7] 周颖,李荣祥,潘万能,等. 中西医结合治疗急性胰腺炎疗效观察[J]. 中国中西医结合杂志,2000,20(6):461.

[8] 沈卫星. 急性胰腺炎中医学定位和论治探讨[J]. 浙江中医杂志,2007,42(3):136.

[9] 王军,李强. 急性胰腺炎中医药治疗进展[J]. 甘肃中医,2008,21(5):63.

[10] 王晓,张照兰,杨国红,等. 重症急性胰腺炎早期中医药干预综合治疗方案的临床观察[J]. 中国中西医结合急救杂志,2010,17(3):169.

[11] 许环应,徐一宁. 中西医结合治疗急性出血坏死性胰腺炎 38 例[J]. 上海中医药杂志,1995(6):16.

[12] 王志华,鲍家伟. 中西医结合治疗急性胰腺炎 46 例[J]. 中国中医急症,2001,10(4):238.

[责任编辑 邹晓翠]